



Conseil économique et social

Distr. limitée
5 juillet 2013
Français
Original : anglais

Pour examen

Fonds des Nations Unies pour l'enfance

Conseil d'administration

Deuxième session ordinaire de 2013

3-6 septembre 2013

Point 5 d) de l'ordre du jour provisoire*

Résumé des examens à mi-parcours des programmes de pays

Région de l'Afrique orientale et australe

Résumé

Le présent résumé des examens à mi-parcours des programmes de pays menés en 2012 dans la région de l'Afrique orientale et australe a été établi en application de la décision 1995/8 du Conseil d'administration. Le Conseil est invité à faire des observations sur le rapport et à formuler des directives à l'intention du Secrétariat.

* E/ICEF/2013/19.



Introduction

1. Le présent rapport couvre les examens à mi-parcours des programmes de pays du Botswana et du Burundi. Ces examens ont permis d'évaluer les progrès dans la mise en œuvre du programme de coopération de l'UNICEF; de passer en revue la situation des femmes et des enfants et le contexte de la programmation; et de procéder à des ajustements à mi-parcours afin d'améliorer l'exécution du programme et l'obtention de résultats en faveur des enfants et des femmes. Des enseignements plus larges intéressant la programmation eu égard aux différentes conditions observées dans les pays de la région en ont été tirés.

2. Au cours de la dernière décennie, l'Afrique orientale et australe a connu une baisse régulière de la mortalité infantile et maternelle ainsi que des améliorations de l'accès à l'éducation de base, notamment une réduction des disparités entre les sexes. Toutefois, la région reste l'épicentre de la pandémie de VIH/sida et la prévalence du rachitisme n'a pas diminué ces 20 dernières années, malgré un recul de l'insuffisance pondérale. Après la crise de 2011 dans la Corne de l'Afrique, le bureau régional s'est occupé du renforcement des opérations de préparation et d'intervention en cas d'urgence, intégrant des initiatives en faveur de la résilience dans les programmes nationaux.

3. Les pays enregistrant une croissance économique rapide, on trouve maintenant dans la région à la fois des pays à revenu intermédiaire et des pays à faible revenu. Toutefois, les taux de pauvreté et les disparités de revenu sont parmi les plus élevés au monde et près de la moitié de la population vit avec moins de 1,25 dollar par jour

4. L'examen à mi-parcours du Botswana a fourni des enseignements sur la programmation dans les pays à revenu intermédiaire tandis que, pour le Burundi, les enseignements concernaient l'intensification des interventions à fort impact dans les pays à faible revenu et les situations post-conflit. Les deux examens ont permis de rassembler des enseignements pour répondre à la malnutrition chronique et faire face aux disparités entre les principaux résultats intéressant les femmes et les enfants grâce à une programmation novatrice et axée sur l'équité.

Examens à mi-parcours

Botswana

5. Le programme de coopération 2010-2014 pour le Botswana vise à contribuer à la réalisation des objectifs du Plan national de développement que sont la survie, le développement, la protection et la participation des enfants et des familles.

6. En 2012, en partenariat avec le gouvernement, l'UNICEF a lancé l'examen à mi-parcours du programme de pays dans le cadre de l'examen à mi-parcours des modalités opérationnelles du programme piloté par le Botswana et les Nations Unies sous l'égide de l'initiative « Unis dans l'action ». Ce processus a donné à l'UNICEF et à ses partenaires l'occasion de réfléchir aux résultats obtenus; de réévaluer les programmes et les stratégies, en tenant compte des possibilités existantes; de remédier aux obstacles caractérisant les conditions d'exécution; et d'utiliser les enseignements tirés pour adapter le programme pour le reste du cycle.

Le point de la situation des femmes et des enfants

7. Le Botswana est une démocratie mature et stable. Le pays a fait des progrès significatifs en matière de développement humain, atteignant le statut de pays à revenu intermédiaire de la tranche supérieure, et a réalisé ou est en voie de réaliser la plupart des objectifs du Millénaire pour le développement. Il compte 2 millions d'habitants environ, les jeunes de moins de 18 ans représentant 41 % de la population. Les enfants orphelins, pauvres ou vivant en zones rurales ainsi que ceux dont les parents ont un faible niveau d'instruction sont en général confrontés à des privations multiples.

8. Le Botswana a obtenu des résultats satisfaisants dans la réduction de la pauvreté extrême, mais les niveaux encore élevés de pauvreté restent un enjeu. La pauvreté touche davantage les femmes (38 %) que les hommes (34 %) et est plus répandue en milieu rural (40,3 %) qu'en zones urbaines (25,5 %). Elle touche de façon disproportionnée les enfants, notamment les enfants de moins de 5 ans (49 %). Le Botswana a l'un des plus hauts coefficients de Gini dans le monde (0,61), ce qui montre que, malgré une croissance économique impressionnante, l'inégalité demeure un problème majeur.

9. La couverture de la plupart des services de santé maternelle et infantile y est étendue : 94 % pour les soins prénatals, 90 % pour la vaccination, 93 % pour les traitements antirétroviraux pour la prévention de la transmission mère-enfant du VIH et 94 % pour les accouchements dans des établissements de santé. Cependant, malgré cette large couverture, le taux de mortalité infantile est de 57 pour 1 000 naissances vivantes et le taux de mortalité des moins de 5 ans est de 76 pour 1 000 naissances vivantes. Les principales causes de la mortalité infantile sont les conditions néonatales, la diarrhée et la pneumonie, la malnutrition étant une cause sous-jacente. La mortalité maternelle reste élevée à 163 pour 100 000 naissances vivantes, sans amélioration significative au cours des deux dernières décennies.

10. Les niveaux élevés de malnutrition chez les enfants de moins de 5 ans (31 % d'entre eux souffrant d'un retard de croissance, 12 % d'une insuffisance pondérale, 7 % d'émaciation et 15 % de surpoids/obésité) sont imputables en partie à des pratiques non optimales. On citera notamment les faibles taux d'initiation précoce à l'allaitement maternel (40 %), d'allaitement maternel exclusif (20 %) et d'apports alimentaires supplémentaires (45 %). Les apports complémentaires en vitamine A sont passés de 20 % en 2007 à 75 % en 2011.

11. Avec une prévalence du VIH de 17,6 %, l'accent a été mis sur le traitement, les soins et le soutien, souvent au détriment de la prévention. La prévalence du VIH est de 3,5 % chez les adolescents de 10 à 14 ans, de 3,7 % chez les jeunes de 15 à 19 ans et de 12,3 % chez les jeunes adultes âgés de 20 à 24 ans. Une plus grande proportion de femmes dans ces catégories d'âge sont séropositives. Le Botswana a beaucoup progressé vers la réalisation du sixième objectif du Millénaire pour le développement (combattre le VIH/sida, le paludisme et d'autres maladies); la transmission mère-enfant du VIH est tombée de 40 %, selon les estimations, en l'absence d'interventions, en 2008 à 4 % en 2011.

12. Les dispositions législatives en faveur des enfants se sont améliorées au fil des années, notamment avec l'adoption de la loi relative à l'enfance en 2009. Pourtant, nombre d'entre eux restent vulnérables au Botswana. Environ 16 % de l'ensemble

des enfants sont orphelins, mais seulement 31 % des ménages constitués d'enfants orphelins et vulnérables reçoivent une aide extérieure. Plus d'un quart des enfants de moins de 5 ans n'ont pas de certificats de naissance; il s'agit pour la plupart d'enfants vivant dans des ménages pauvres ou des zones rurales ainsi que d'enfants ayant perdu leurs deux parents ou dont les parents sont un faible niveau d'instruction. Neuf pour cent des enfants âgés de 7 à 17 ans exercent une activité économique¹, et 41 % des adolescents âgés de 15 à 19 ans sont au chômage, ainsi que 34 % des jeunes âgés de 20 à 24 ans.

13. Bien que le système d'éducation du Botswana fasse son possible pour assurer l'équité, 10 % environ des enfants en âge d'aller à l'école primaire ne sont pas scolarisés. Les populations défavorisées, comme les élèves ayant des besoins particuliers et les enfants vivant dans des zones éloignées, rencontrent des obstacles pour accéder à l'éducation. En 2011, le taux de décrochage était de 0,97 % à l'école primaire. Les principales raisons de la non-scolarisation des enfants ou de leur décrochage scolaire sont la désertion², la pauvreté de revenu, le travail des enfants, les grossesses précoces, les croyances et pratiques culturelles et des environnements scolaires peu accueillants³.

Progrès accomplis et principaux résultats à mi-parcours

14. Le programme de pays pour le Botswana comporte quatre éléments : survie et développement des jeunes enfants; protection et participation des enfants et des adolescents; plaidoyer et planification; et activités plurisectorielles.

15. **Survie et développement des jeunes enfants.** Cette composante a contribué au renforcement de la capacité de l'État et de ses partenaires de fournir des services de qualité pour la gestion communautaire de la malnutrition aigüe sévère; la gestion pédiatrique du VIH; la quantification et la prévision des approvisionnements; la planification, la gestion et la coordination de campagnes de vaccination; le renforcement des systèmes sanitaires des districts, eu égard notamment dans deux d'entre eux à des considérations d'équité et de suivi en temps réel; la programmation d'activités pour la réduction du rachitisme; et la mobilisation communautaire pour l'élimination du paludisme dans cinq districts endémiques. Une aide a aussi été fournie pour l'élaboration de plusieurs politiques et stratégies clefs : la politique d'élimination du paludisme, accompagnée d'un plan stratégique et de directives pour la surveillance; la stratégie nationale de nutrition; le plan stratégique pour l'élimination de la transmission mère-enfant du VIH; et des lignes directrices pour la prise en charge des enfants et des adolescents, la fourniture de conseils et le dépistage du VIH pour ces groupes de population. Des matériels de promotion du lavage des mains et de l'hygiène pour éviter la contamination par le virus grippal H1N1 et les maladies diarrhéiques ont été mis au point et distribués aux écoliers au niveau national.

16. Le programme a œuvré en faveur de l'introduction de nouveaux vaccins (vaccin pentavalent, vaccin contre le rotavirus, vaccin contre les infections à pneumocoques). Il a également appuyé les achats publics et la mobilisation

¹ Enquête sur la population active.

² Par désertion, on entend les enfants qui disparaissent de l'établissement scolaire pour des raisons inconnues. Les statistiques de l'éducation du Bureau national de statistique attribuent à cette cause 82 % des abandons scolaires en 2007.

³ Bureau national de statistique (2010), Education Statistics Brief.

communautaire pour les moustiquaires imprégnées de longue durée, ce qui a permis de faire passer le nombre d'enfants de moins de 5 ans dormant sous ces moustiquaires de moins de 12 % en 2007 (la moyenne pour les cinq régions où le paludisme est endémique) à 22 % dans le district de Tutume, à 68 % à Chobe et à 47 % dans l'Okavango en 2012. Le soutien à l'institutionnalisation des apports complémentaires en vitamine A pour les enfants âgés de 6-5 mois dans le cadre de Journées semestrielles de la santé de l'enfant a fait passer le pourcentage d'enfants recevant deux doses de vitamine A de 20 % en 2007 à 75 % en 2011.

17. Le programme a appuyé la riposte des pouvoirs publics face à l'épidémie de VIH. Le pourcentage de femmes enceintes séropositives suivant un traitement antirétroviral est passé de 89 % en 2007 à 93 % en 2011, contribuant à une réduction de la transmission mère-enfant, qui est tombée de 40 % environ en 2008 à 4 % en 2011. Il faut redoubler d'efforts pour prôner, promouvoir et suivre des pratiques appropriées d'alimentation du nourrisson pour prévenir la transmission de la mère à l'enfant et accroître le pourcentage de nourrissons nés de mères séropositives mis sous prophylaxie au cotrimoxazole, qui était, selon les informations disponibles, de 64 % en 2010. L'UNICEF a joué un rôle déterminant dans l'instauration d'une équipe de travail interorganisations composée des principales parties prenantes et chargée d'examiner la prévention de l'infection à VIH chez les femmes enceintes, les mères et les enfants.

18. **Protection et participation des enfants et des adolescents.** Cette composante a contribué aux progrès réalisés dans l'amélioration de l'environnement législatif et des systèmes institutionnels grâce à la mise en œuvre de la loi relative à l'enfance. Sous la direction du Ministère des administrations locales et par le biais de partenariats avec les principaux intervenants, plusieurs organes et mécanismes de coordination prévus dans la loi ont été établis. Il s'agit notamment du Conseil national pour les enfants, du Forum consultatif pour l'enfance, des comités de protection de l'enfance au niveau des villages et du Comité de coordination interinstitutions pour la protection de l'enfance. Des lacunes demeurent dans les systèmes de prestation des services nécessaires pour assurer l'accès à la justice des enfants victimes, des témoins, des délinquants et des victimes de violences et de sévices.

19. Le programme a aussi aidé le Ministère du travail et des affaires intérieures à redoubler d'efforts pour identifier les goulets d'étranglement en matière d'enregistrement des naissances et y remédier, revoir les lois et règlements et renforcer les systèmes d'enregistrement des naissances et les harmoniser avec le système national d'identification par le biais d'une campagne d'enregistrement des naissances lancée en 2011. Les partenariats ont été renforcés dans le secteur public, (avec le Ministère de la santé et le Ministère de l'éducation et du développement des compétences) et avec les partenaires au développement (notamment le Fonds des Nations Unies pour la population, le Programme des Nations Unies pour le développement et l'Organisation mondiale de la santé) afin de consolider le système de l'état civil.

20. Parmi les actions engagées pour répondre aux besoins des orphelins figurent désormais des approches de protection sociale sensibles aux problèmes de séropositivité et aux besoins spécifiques des enfants, qui doivent permettre de prendre en charge et de soutenir les enfants orphelins et vulnérables et les personnes qui s'en occupent. La mise en œuvre du Plan d'action national en faveur des enfants

orphelins et vulnérables pour 2010-2016 a servi de cadre à une amélioration de la coordination, de l'efficacité et de l'efficience des services à tous les enfants ayant besoin de soins, tels que définis par la loi relative à l'enfance et le Cadre stratégique national pour le VIH et le sida pour 2010-2016. En collaboration avec les organisations non gouvernementales et le gouvernement⁴, plus de 16 000 orphelins et adolescents vulnérables ont bénéficié d'un ensemble de services de protection sociale, de prise en charge et de soutien⁵.

21. En collaboration avec l'Agence nationale de coordination de la lutte contre le sida, le programme a appuyé l'élaboration d'une plate-forme multimédias innovante pour promouvoir l'accès à des connaissances adéquates et exhaustives sur la prévention de la contamination par le VIH des adolescents et des jeunes âgés de 10 à 24 ans. Cette plate-forme a donné lieu à la diffusion de messages d'informations par le biais de SMS, de Facebook, des médias imprimés, de la radio et de talk-shows télévisés. Plus de 6 000 jeunes reçoivent des SMS sur téléphone cellulaire et plus de 3 000 ont rejoint Facebook pour échanger leurs points de vues et partager des informations sur la prévention du VIH. Les messages visent à réduire la pratique des partenariats multiples et simultanés et les relations sexuelles entre personnes d'âges très différents; à accroître l'utilisation des préservatifs; à promouvoir le dépistage du VIH; et à promouvoir la circoncision masculine en toute sécurité

22. **Plaidoyer et planification.** Pour que davantage de données soient disponibles pour des activités de plaidoyer fortement axées sur l'équité, cette composante a soutenu l'analyse secondaire des données d'enquêtes nationales existantes, ventilées par âge, sexe, niveau de richesse, statut d'orphelin et lieu de vie. Parmi les initiatives en matière de recherches et d'activités de plaidoyer en faveur des enfants figuraient la publication en 2010, 2011 et 2012 de *Thari Ya Bana – Réflexions sur les enfants au Botswana*, en partenariat avec l'Université du Botswana; une analyse actualisée de la situation; et des études sur le travail des enfants et la pauvreté infantile.

23. L'élaboration de politiques et la programmation fondées sur les faits ont aussi progressé grâce à une politique, une analyse de situation et un cadre visant la promotion du développement social. Ces éléments ont été présentés au gouvernement en vue de l'examen des principaux résultats. Une étude des programmes de protection sociale (coupons alimentaires et travaux publics) a généré des informations favorables à l'adoption d'innovations et à une amélioration de l'efficacité et de l'efficience. Trois séries d'évaluations rapides dans cinq zones d'habitation ont fourni des preuves de l'impact de la crise économique sur les enfants et les familles.

24. Parmi les efforts destinés à améliorer la qualité de l'éducation pour tous les enfants a figuré l'élaboration d'un cadre d'éducation de qualité pour améliorer la rétention des apprenants, dont certains aspects ont été adoptés par le gouvernement. Une assistance technique a été fournie en vue de la mise au point de lignes directrices opérationnelles et programmatiques pour le suivi des enfants non scolarisés, avec des tests et le déploiement de stratégies attendus au cours de l'année à venir.

⁴ Ark n'Mark Trust, Botswana Christian AIDS Intervention Programme, Childline Botswana, Hope Mission, Women Against Rape and Baylor Teen Club.

⁵ Chiffres combinés des rapports d'étape adressés en 2010 et 2011 par la Children and AIDS Regional Initiative au département du développement international.

Ressources utilisées

25. Le montant total des financements approuvés pour une période de cinq ans pour le programme de pays était de 18,75 millions de dollars, dont 3,75 millions de ressources ordinaires et 15,00 millions de dollars d'autres ressources. Les financements disponibles pour la période allant de janvier 2010 à décembre 2012 se sont chiffrés à 7,11 millions de dollars, dont 2,50 millions de dollars de ressources ordinaires et 4,60 millions de dollars d'autres ressources. Le pourcentage des dépenses totales consacrées à la survie et au développement de l'enfant s'est élevé à 26 %. Il a été de 28,4 % pour la protection et la participation des jeunes et des adolescents; de 10,8 % pour le plaidoyer et la planification; et de 34,6 % pour les activités intersectorielles (en raison en grande partie de l'inclusion temporaire des traitements du personnel durant le passage à VISION).

26. Comme dans de nombreux pays à revenu intermédiaire, l'acquisition et le maintien de ressources humaines et financières suffisantes pour atteindre les résultats prévus par le programme constituent un enjeu. Le Botswana reçoit le niveau minimum de ressources ordinaires (750 000 dollars par an). Ces fonds sont indispensables pour garantir les capacités fondamentales des ressources humaines et appuyer les éléments du programme de pays qui ne disposent pas d'autres ressources, comme les activités en amont. Le bureau de pays a eu recours aux fonds thématiques pour mettre en œuvre ses programmes de base et compléter les capacités des ressources humaines dans les domaines techniques clefs et les fonctions d'appui. La possibilité d'obtenir d'autres ressources auprès des donateurs n'a cessé de diminuer et les financements thématiques de l'UNICEF ont chuté de façon spectaculaire.

Contraintes et possibilités déterminant les progrès

27. **Contraintes.** Bien que le Botswana dispose de politiques, de stratégies et de cadres juridiques nationaux satisfaisants qui répondent généralement aux besoins des enfants, des déficiences importantes sont encore observées dans la mise en œuvre des politiques élaborées. Des retards réguliers et importants font obstacle à l'approbation des principales décisions par les organes gouvernementaux concernés ainsi qu'au déploiement et à la mise en œuvre à l'échelle voulue de bons projets pilotes.

28. Les capacités des ressources humaines sont insuffisantes dans certains segments de l'administration, notamment la gestion et la coordination. Des déficiences sont aussi observées dans les infrastructures administratives, réglementaires et de personnel nécessaires pour mettre en œuvre les lois promulguées en faveur des enfants.

29. Le manque de données ventilées, actualisées et de qualité ainsi que de solides systèmes de gestion pose problème. Les données disponibles au niveau infranational sont aussi rares. L'absence d'une base solide de connaissances est une entrave aux activités de plaidoyer et à la montée en puissance des efforts voulus pour améliorer la planification, la budgétisation et la programmation en faveur des enfants. Le suivi et l'évaluation restent faibles; la majorité des programmes sociaux n'ont jamais été évalués.

30. Les programmes de protection sociale sont mis en œuvre par les différents ministères et par les différents départements au sein des ministères. La coordination

et l'harmonisation des politiques sont donc indispensables à une mise en œuvre efficiente et efficace, tout comme la coordination des programmes et la collaboration entre les ministères et les départements.

31. **Possibilités.** Des possibilités existent de recentrer le programme de pays pour appuyer les priorités nationales. La priorité accordée aux résultats dans le Plan de développement national et la détermination de l'État à améliorer l'efficacité et l'efficacités des programmes fournissent l'occasion pour l'UNICEF de générer des éléments d'information sur ce qui fonctionne et sur les goulets d'étranglement. Cela devrait permettre de renforcer le suivi et l'évaluation à mi-parcours.

32. La loi de 2009 relative à l'enfance offre à l'UNICEF des possibilités de s'impliquer. Les innovations, l'expérimentation, le pilotage, l'analyse et l'application des leçons apprises peuvent contribuer à améliorer la mise en œuvre des politiques et des programmes ainsi que les résultats.

33. Le plan opérationnel du programme piloté par le Botswana et les Nations Unies sert de plate-forme à l'initiative Unis dans l'action, offrant la possibilité à l'UNICEF et aux autres organismes des Nations Unies de tirer parti de leurs avantages comparatifs pour appuyer le gouvernement dans les domaines prioritaires convenus. L'équité joue un rôle fondamental dans l'approche fondée sur les droits de l'homme adoptée par les organismes des Nations Unies dans le cadre de l'initiative Unis dans l'action et offre une plate-forme pour une collaboration plus étroite entre les organismes.

34. La restructuration des ministères et départements gouvernementaux génère certaines nouvelles possibilités. Face à la diminution des ressources, la restructuration pourrait conduire à une utilisation plus efficace des ressources et à un renforcement de la collaboration, améliorant en fin de compte la prestation de services.

35. Le Botswana est membre de plusieurs initiatives régionales et continentales, qui offrent des possibilités au gouvernement et à ses partenaires de collaborer pour lutter contre les problèmes régionaux touchant les enfants. S'impliquer stratégiquement avec le secteur privé permettra à l'UNICEF de mieux faire entendre sa voix et rendra possible l'établissement de partenariats en matière de financement et de programmation.

36. **Enseignements tirés.** Eu égard aux réalisations sociales et économiques du pays et à la nature des changements que le Botswana cherche à susciter, l'UNICEF a fait évoluer « en amont » sa programmation – de façon à mieux utiliser ses ressources limitées et à s'attacher surtout à inciter et à encourager le gouvernement (et ses partenaires d'exécution) à accorder une plus grande place aux enfants, aux femmes et aux jeunes dans leurs politiques et programmes. Le cas échéant, la priorité donnée aux activités en amont doit aller de pair avec un engagement de surveiller et d'analyser les difficultés rencontrées par les enfants et les femmes défavorisés et d'engager des actions pour y remédier. Le travail mené en amont par l'UNICEF au Botswana pourrait limiter l'efficacité de ses interventions, car les résultats dépendent de la collaboration avec de multiples ministères et départements, et la réalisation en temps voulu des résultats est en partie tributaire de l'attitude, de la réponse et de l'efficacité opérationnelle des organisations partenaires.

Ajustement effectués

37. L'examen à mi-parcours a fourni des éclaircissements sur la façon dont l'UNICEF peut mieux se positionner à terme. Les ajustements visent à mieux intégrer la politique sociale, la gestion des connaissances et le suivi et l'évaluation dans la programmation de base; à aligner les programmes avec les priorités nationales et les problèmes émergents; à souligner les domaines où l'UNICEF a un avantage comparatif; et à mieux harmoniser les programmes et les résultats escomptés avec les ressources humaines et financières disponibles. Ils doivent également favoriser une meilleure prise de conscience des contributions apportées à la fois par l'UNICEF et par ses partenaires, ainsi qu'une communication plus régulière d'informations à cet égard.

38. Des ajustements limités sont prévus pour la composante survie et développement des jeunes enfants, afin de mieux refléter l'accent mis sur la nutrition. Sont visés notamment les pratiques d'alimentation des nourrissons et des jeunes enfants et la réduction du rachitisme, avec des ajustements mineurs aux résultats du programme de pays et la révision des indicateurs pour s'aligner sur les définitions normalisées (en éliminant celles qui ne sont pas mesurables). L'appui aux programmes de lutte contre le VIH sera regroupé sous cette composante.

39. Les changements concernant la composante protection et participation des jeunes et des adolescents sont significatifs. La part des activités en aval diminue au profit de la politique sociale et notamment des mesures de protection des enfants et des personnes séropositives, les efforts de prévention primaire de la séropositivité cédant leur place à des mesures en faveur de la survie et de la protection des enfants et ceux concernant la participation reculant au profit de la sous-composante communications du programme intersectoriel. L'assistance technique aux enfants non scolarisés relèvera de ce programme. Une plus grande attention sera portée aux enfants orphelins et vulnérables, à la mise en œuvre de la loi relative à l'enfance et à l'enregistrement des naissances.

40. **Plaidoyer et planification.** Cette composante sera supprimée, car des postes sont restés vacants en raison du manque de financement. Les fonctions et les résultats et indicateurs prévus au titre de cette composante seront intégrés à d'autres composantes du programme.

41. **Programme intersectoriel.** Cette composante continuera de soutenir la programmation et les initiatives plus larges du gouvernement et des Nations Unies dans les domaines de la communication, de la participation des enfants, de l'implication extérieure et des partenariats. Elle contribuera également à la surveillance et à la fourniture de conseils sur la planification, le suivi et l'évaluation du programme.

Burundi

42. L'objectif du programme de coopération pour 2010-2014 entre le Gouvernement du Burundi et l'UNICEF est de contribuer à la survie et au développement de l'enfant ainsi qu'au progrès du pays vers la réalisation des objectifs du Millénaire pour le développement. Le programme de pays est le premier programme de l'UNICEF en deux décennies, depuis le début de la guerre civile en 1993, à être orienté vers le développement à moyen et à long terme du Burundi.

43. L'examen à mi-parcours a permis à l'équipe de pays de l'UNICEF, aux contreparties gouvernementales et aux principales parties prenantes d'actualiser l'analyse de situation des femmes et des enfants; d'évaluer les progrès vers les résultats prévus dans le programme de pays; d'identifier les principaux obstacles, défis et opportunités dans la mise en œuvre du programme; et d'ajuster les stratégies du programme pour améliorer les résultats obtenus. Un autre objectif principal était de demander une prolongation du programme de pays jusqu'à la fin de 2016 afin de l'aligner avec le Plan-cadre révisé des Nations Unies pour l'aide au développement et le document de stratégie pour la réduction de la pauvreté de deuxième génération.

Le point de la situation des enfants et des femmes

44. Le Burundi a une population estimée de 9 millions d'habitants (8,05 millions selon le recensement de 2008) avec un taux d'accroissement démographique annuel de 2,4 % et une forte densité de population, d'environ 315 habitants par kilomètre carré. Après plus de 13 années de guerre civile, le pays a fait des progrès sur la voie de la consolidation de la paix et a gagné en stabilité.

45. Le taux de croissance économique annuel est inférieur à 5 %. Avec un indice de développement humain de 0,355 en 2012, le Burundi se classe 178^e sur 186 pays. Les taux de pauvreté sont élevés; 81 % de la population vivent au-dessous du seuil international de pauvreté de 1,25 dollar par jour et 67 % au-dessous du seuil national de pauvreté de 1,00 dollar par jour⁶. La répartition de la richesse est très inégale, les 10 % les plus riches de la population contrôlant 28 % de la richesse du pays et les 10 % les plus démunis n'en possédant que 4 %.

46. Les enfants de moins de 5 ans représentent 14 % environ de la population. Les taux de mortalité infantile et des moins de 5 ans sont élevés, mais ont diminué au cours de la dernière décennie, passant de 100 et 164 pour 1 000 naissances vivantes en 2000 à 88 et 142 pour 1 000 naissances vivantes, respectivement, selon le rapport de 2012 sur *La situation des enfants dans le monde*. D'après l'Enquête démographique et sanitaire de 2010, la mortalité infantile se situait à 59 pour 1 000 naissances vivantes et la mortalité des moins de 5 ans à 96 pour 1 000 naissances vivantes.

47. La malnutrition sous-jacente est une cause majeure de morbidité et de mortalité infantiles. Le taux de malnutrition chronique (retard de croissance) chez les enfants de moins de 5 ans est passé de 53 % en 2005 à 58 % en 2010. La prévalence est la plus élevée chez les enfants dont les mères ont un faible niveau d'instruction et ceux vivant dans des ménages ruraux pauvres. La morbidité et la mortalité sont aussi associées à des maladies pouvant être évitées ou traitées, comme la rougeole, les infections respiratoires aiguës, la diarrhée et le paludisme.

48. Le ratio de mortalité maternelle est tombé de 1 100 à 800 décès pour 100 000 naissances vivantes entre 2000 et 2010, selon les estimations interinstitutions, et à 500 décès pour 100 000 naissances vivantes selon l'Enquête démographique et sanitaire de 2010. Malgré cette amélioration, le Burundi n'atteindra sans doute pas la cible des objectifs du Millénaire pour le développement de 275 décès pour 100 000 naissances vivantes. Environ 99 % des femmes enceintes reçoivent des soins prénatals, encore que la première visite ait souvent lieu après le premier trimestre. Le pourcentage d'accouchements assistés a

⁶ D'après le questionnaire unifié des indicateurs de développement de 2006.

augmenté, passant de 34 % en 2005 à 60 % en 2010, alors que 38 % des femmes enceintes séropositives ont bénéficié d'interventions pour prévenir la transmission mère-enfant du VIH en 2011, contre 11 % en 2009.

49. Le taux net de scolarisation dans le primaire a fortement augmenté suite à la suppression des droits de scolarité en 2005, passant de 59 % en 2005 à 96 % en 2010. Les taux d'achèvement des études se sont améliorés, progressant de 37 % en 2005 à 51 % (47,7 % pour les filles, 52,6 % pour les garçons) en 2010. Cependant, la faible qualité de la formation reste un défi majeur, comme en témoignent le taux de redoublement de 38,4 % (39 % pour les filles, 37,8 % pour les garçons) et un taux de décrochage de 6,5 %.

50. Le Burundi a un taux d'enregistrement des naissances de 75 %, encore que des disparités existent entre zones urbaines et zones rurales, entre les ménages par groupes de revenu et entre les régions. Après de nombreuses années de guerre, il existe dans le pays une population importante d'enfants vulnérables. Il s'agit d'enfants qui ont perdu leurs parents, qui vivent dans la rue, qui sont en conflit avec la loi, qui sont victimes de violences sexistes ou qui sont impliqués dans les pires formes de travail des enfants.

51. Parmi les adolescents, un phénomène inquiétant est l'augmentation du nombre d'adolescentes enceintes et de mères célibataires. Les grossesses précoces contribuent aux taux de décrochage des filles et les adolescentes qui ont abandonné l'école n'ont pas d'autres possibilités d'éducation, de formation et d'emploi.

52. Malgré la cessation des hostilités ouvertes, le Burundi souffre encore de niveaux élevés de violence, y compris la violence sexuelle et sexiste au niveau communautaire, qui est en partie un héritage de la guerre civile. La programmation sensible aux problèmes liés aux conflits fournit l'occasion d'aborder ces questions en y impliquant plus étroitement les jeunes et les adolescents et en assurant l'intégration durable des personnes de retour.

Progrès accomplis et principaux résultats obtenus

53. Le programme de pays du Burundi comporte cinq volets : santé et nutrition; eau, assainissement et hygiène pour tous (WASH); éducation de base, égalité des sexes et prévention du VIH parmi les jeunes; protection des enfants, et communication au service du développement.

54. **Santé et nutrition.** Cette composante a contribué au renforcement du système de santé du Burundi de façon à développer les interventions à fort impact, comme la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la prévention de la transmission materno-fœtale et la vaccination. Plus précisément, le programme a appuyé l'élaboration et la mise en œuvre d'un plan stratégique pour la prise en charge intégrée des maladies de l'enfant, la réalisation d'audits des décès maternels à travers le système de santé et la mise en œuvre d'une stratégie de santé communautaire prévoyant un éventail minimum de services. L'appui au programme national de vaccination contribué à accroître le pourcentage d'enfants complètement vaccinés, qui est passé de 65 % en 2009 à 85 % en 2010. La validation du plan national de développement de la prévention de la transmission materno-fœtale a permis le traitement de 800 femmes séropositives et de plus de 700 enfants nés de mères séropositives chaque année.

55. Le programme a également appuyé l'élaboration et la mise en œuvre d'une action concertée pour répondre au problème de la malnutrition. La mise au point d'un plan stratégique national pour la nutrition et d'un protocole national sur la gestion intégrée communautaire de la malnutrition ont contribué à la mise en œuvre de l'approche communautaire dans 16 des 17 provinces.

56. **WASH.** Cette composante a soutenu le développement d'une politique nationale en matière d'assainissement de base et d'hygiène. Elle a également contribué à améliorer l'accès à l'eau potable au moyen de la construction et de la réhabilitation de 28 réseaux d'approvisionnement en eau. Au niveau communautaire, le programme a favorisé le pilotage d'une approche d'assainissement globale novatrice au niveau communautaire, qui sera étendue à d'autres communes. Le pourcentage des ménages ayant accès à de l'eau potable salubre est passé de 64 % en 2005 à 76 % en 2010, et l'accès à l'assainissement de base est passé de 32 % à 42 %.

57. **Éducation de base, égalité des sexes et prévention du VIH parmi les jeunes.** Cette composante a permis d'apporter un appui à l'élaboration d'un plan national pour l'éducation et d'une stratégie pour l'égalité des sexes et l'équité; à la révision de la politique nationale de développement de la petite enfance; et à la création d'un comité intersectoriel de haut niveau sur le développement de la petite enfance par le Ministère de l'éducation. Un appui a aussi été fourni pour améliorer l'accès à l'éducation et les taux de scolarisation grâce à la construction de 23 nouvelles écoles, à la remise en état de 135 salles de classe, à la distribution de matériels scolaires et de manuels d'enseignement et à la sensibilisation de la communauté à la nécessité d'accroître la demande d'éducation. Le programme a également favorisé l'approche des écoles amies des enfants en formant des enseignants et les comités de gestion des écoles.

58. **Protection de l'enfant.** Cette composante a contribué à la production et à l'utilisation d'informations stratégiques pour la programmation en favorisant une série d'études sur les enfants vulnérables. Ces études portaient sur l'exploitation sexuelle commerciale, les enfants des rues et le processus de désarmement, de démobilisation et de réinsertion des enfants associés aux forces et groupes armés. Le programme a également appuyé le renforcement des mécanismes communautaires pour la protection des enfants contre toutes les formes de violence et de pratiques abusives en soutenant le Ministère de la solidarité, des droits de l'homme et de l'égalité des sexes aux fins de la création de 750 comités fonctionnels de protection de l'enfance dans cinq provinces. Les efforts de plaidoyer du programme ont contribué à la création du Département pour les familles et les enfants au sein du Ministère de la solidarité et à l'adoption d'une politique par le Ministère de la Justice sur la justice juvénile et les enfants en conflit avec la loi.

59. **Communication au service du développement.** Cette composante a appuyé l'obtention de résultats dans les autres secteurs au moyen de l'élaboration de programmes de communication. Il s'agissait notamment de campagnes de mobilisation sociale, de séances de cinéma itinérant et de théâtre interactif ainsi que de groupes d'écoute pour promouvoir des changements des comportements en matière de santé, de nutrition, d'éducation, de protection de l'enfance et d'hygiène/assainissement.

Ressources utilisées

60. Le budget total approuvé pour la période 2010-2014 était de 99,33 millions de dollars, dont 49,33 millions de dollars de ressources ordinaires et 50,0 millions de dollars d'autres ressources. Entre 2010 et novembre 2012, 52,08 millions de dollars ont été mobilisés, dont 29,74 millions de dollars de ressources ordinaires, 16,47 millions d'autres ressources et 5,86 millions de dollars pour les imprévus. Les dépenses au cours de la même période se sont chiffrées à 47,98 millions de dollars, soit 93 % des fonds disponibles. Les dépenses ont été élevées dans toutes les composantes du programme, absorbant 99 % des ressources disponibles pour la communication au service du développement et 85 % pour ce qui est de l'éducation de base, de l'égalité des sexes et de la prévention du VIH chez les jeunes.

Contraintes et possibilités déterminant les progrès

61. **Contraintes** Les principaux obstacles auxquels s'est heurtée la mise en œuvre du programme au Burundi sont la forte rotation du personnel et des correspondants dans les ministères; la lenteur des progrès dans l'adoption des politiques et des plans stratégiques; les délais entre l'adoption et la mise en œuvre; et le statut de bénévoles des travailleurs communautaires (par exemple, les travailleurs sanitaires communautaires, les comités de protection de l'enfance, etc.) qui doivent contribuer dans une large mesure à la mise en œuvre au niveau local.

62. **Possibilités.** Pendant la période post-conflit, le gouvernement a adopté plusieurs politiques et stratégies qui ont eu une incidence positive sur la vie des enfants. On citera notamment la suppression des droits de scolarité dans le primaire, la gratuité des soins pour les femmes enceintes et les enfants de moins de 5 ans, la mise en place d'un financement fondé sur les résultats dans le secteur de la santé, et l'établissement a) du Département pour les familles et les enfants au sein du Ministère de la solidarité, b) d'un comité intersectoriel pour réduire la violence dans les écoles et c) du Forum national pour les enfants. Les pouvoirs publics sont très déterminés à lutter contre la malnutrition dans le cadre du mouvement « Améliorer la nutrition », qui ne peut que bénéficier du fort potentiel dont dispose la société civile pour améliorer l'accès aux services. L'étroite appropriation par l'État et son solide leadership ont joué un rôle essentiel dans l'obtention de résultats dans tous les secteurs du programme.

63. **Enseignements tirés.** Les principaux enseignements tirés de la mise en œuvre du programme concernent la nécessité de mettre davantage l'accent sur les stratégies intersectorielles et sur le renforcement de la riposte multisectorielle à la malnutrition. Les déficiences de la capacité nationale de mise en œuvre, en particulier au niveau communautaire, justifient que l'UNICEF renforce son appui au processus de décentralisation. Il s'agit notamment de consolider les moyens disponibles pour la mise en place de plans de développement locaux qui tiennent compte des besoins des enfants et des femmes ainsi que de mettre davantage l'accent sur l'innovation pour remédier aux goulets d'étranglement et assurer la prestation communautaire de services. Le renforcement des capacités des agents de la fonction publique pour améliorer l'efficacité et l'efficience de la prestation des services de base aux enfants et aux femmes sera déterminant pour la réalisation des objectifs en matière de survie et de développement, d'éducation et de protection des enfants.

Ajustements effectués

64. L'examen à mi-parcours a confirmé la performance, la pertinence et l'adéquation de la conception du programme de pays du Burundi. Si aucun changement majeur n'est envisagé dans la structure du programme, l'examen a mis en évidence la nécessité d'un renforcement de la programmation et des innovations axées sur l'équité et d'une réorientation vers les questions multidisciplinaires, comme la malnutrition, le développement de la petite enfance et des adolescents et la lutte contre le VIH/sida. Les priorités spécifiques pour les phases du programme de pays encore à réaliser sont notamment les suivantes :

a) La mise en œuvre d'une réponse coordonnée et multisectorielle (couvrant les secteurs de la santé, de l'assainissement/hygiène, de l'éducation et de la protection sociale) pour faire face à la malnutrition chronique et assurer le développement intégré des enfants jusqu'à l'âge de 6 ans en mettant l'accent sur les interventions communautaires, les innovations et la communication au service du développement;

b) Le renforcement des interventions en faveur des adolescents aux fins de la prévention du VIH, de l'emploi, de la réduction de la violence, de la promotion de la cohésion sociale/de la réconciliation pacifique et d'une plus grande participation aux activités de planification et d'exécution qui les concernent directement;

c) L'application d'une approche tenant compte des séquelles des conflits pour la programmation et la consolidation de la composante consolidation de la paix du programme de pays;

d) L'élargissement des mesures de protection sociale dans une optique intersectorielle afin de répondre aux nombreux problèmes auxquels la vulnérabilité et la pauvreté extrême confrontent les familles ainsi que la fourniture d'un appui en faveur d'une stratégie réaliste de mise en œuvre de la politique nationale dans ce domaine;

e) La promotion de l'innovation grâce à l'utilisation de nouvelles technologies comme RapidSMS pour faciliter la fourniture de services aux adolescents et aux jeunes; le système national d'information sur la santé; le suivi des grossesses et de la prise en charge des urgences obstétriques et néonatales; ainsi que la réalisation d'audits des décès maternels et néonataux;

f) La plus grande décentralisation de la planification et de la prestation de services en faveur des enfants afin d'aider les structures et les acteurs locaux à mettre en œuvre les programmes ainsi que la structuration des activités communautaires grâce à une implication plus forte des organisations et des travailleurs communautaires;

g) Le recours au Système de suivi des résultats pour l'équité afin de concevoir et de gérer des analyses axées sur l'équité, en vue notamment de l'étude, de l'atténuation et du suivi des goulets d'étranglement.

Conclusion

65. Tant au Botswana qu'au Burundi, les examens à mi-parcours ont confirmé la contribution et la pertinence continue des résultats obtenus dans le cadre du programme de pays dans l'intérêt des femmes et les enfants. Ces examens ont aidé les équipes de pays et les partenaires à générer des éléments d'information

pertinents et à élaborer des stratégies appropriées pour tirer parti des progrès réalisés et remédier aux problèmes persistants, comme la malnutrition chronique, les privations multiples et les inégalités au niveau des réalisations clefs.

66. Les examens à mi-parcours ont aussi permis d'accumuler des enseignements importants pour la programmation dans divers contextes nationaux. La région de l'Afrique orientale et australe tirera parti de ces enseignements pour appuyer les pays qui s'emploient à développer les programmes pour assurer des résultats équitables et à mettre en œuvre des innovations pour améliorer l'efficacité des activités et l'efficacité opérationnelle.
